doi 10.3969/j.issn.1674-4500.2017.01.31

护理园地

182 例低危初产妇行无保护会阴接生技术的临床效果

黄柳红，明雅焜
佛山市南海区妇幼保健院产科，广东 佛山 528200

摘要：目的 探讨无保护会阴接生技术对低危阴道分娩初产妇会阴裂伤程度及分娩期并发症的影响。**方法** 选择2015年1~3月，阴道分娩且无会阴侧切指征的初产妇182例，随机分为2组，观察组86例，对照组96例，观察组在胎头着冠后实行无保护会阴接生技术；对照组则按照传统会阴保护接生技术，比较两组产妇的会阴完整率及裂伤程度、会阴水肿情况、产后2 h出血量及新生儿窒息情况。**结果** 观察组的会阴完整率高于对照组（χ^2=5.419，P<0.05），会阴水肿发生率低于观察组（Z=-2.377，P<0.05），差异有统计学意义，两组会阴裂伤程度（Z=-0.647，P>0.05）、产后2 h出血量（Z=-0.423，P>0.05）及新生儿窒息率（Z=-0.486，P>0.05），差异无统计学意义。**结论** 无保护会阴接生技术减轻了产妇会阴损伤程度，没有造成明显的分娩并发症，值得在临床推广。
关键词：无保护会阴接生技术；会阴裂伤；阴道分娩

Effect of unprotected perineum delivery technique in low risk primipara

HUANG Liuhong, MING Yakun
Department of Obstetrics, Nanhai Maternity and Child Healthcare Hospital, Foshan 528200, China

Abstract: Objective To explore the effect of unprotected perineum delivery technique in spontaneous vaginal delivery in low risk primipara. **Methods** From January to March 2015 ,182 primipare with spontaneous vaginal delivery in the hospital with no episiotomy indication were randomly divided into observation group (n=86) and control group (n=96).Unprotected perineum delivery technique and routine delivery technique were adopted in the observation group and control group after the fetal head crowned. Perineal integrity rate, the degree of perineal laceration,perineal edema,the hemorrhage volume 2 h after delivery, newborn asphyxia situation were compared in two groups. **Results** Theperineal integrity rate was higher and perineal edema rate was lower in observation group than that in control group（P<0.05）. No significant difference was detected in the degree of perineal laceration, the hemorrhage volume 2 h after delivery, newborn asphyxia situation between the two groups（P>0.05）. **Conclusion** Unprotected perineum delivery technique can decrease the degree injury of perineum, with no labor complications.
Key words: unprotected perineum delivery technique；perineal laceration；normal delivery

自2010年中国妇幼保健协会推荐使用美国妇产科学院范渊达教授的无保护会阴接生技术以来，此接生技术在临床中得到推广应用，但尚未形成标准化的应用模式，还需要大量的临床数据和循证依据[1]。为进一步探讨无保护会阴接产技术，保护和促进自然分娩，减少母婴损伤，现将我院产科运用无保护会阴接生技术的临床效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2015年1~3月，在我院住院拟先阴道分娩的初产妇182例，纳入标准：均为初产妇足月妊娠，所有产妇骨盆外测量均正常，单胎头位，无头盆不称，无会阴则切指征及产科并发症，随机分为观察组和对照组。观察组（86例）实行无保护会阴技术，年龄19~35岁，平均26.4±3.5岁；孕周37~41周，平均38.5±1.5周，胎儿体质量2.54~3.60 kg，平均2.95±0.56 kg；对照组（96例）实行传统的会阴保护技术，年龄18~36岁，平均26.1±3.2岁，孕周37~41周，平均38.7±1.4 周，胎儿体质量2.55~3.72 kg，平均2.98±0.60 kg。两组产妇年龄、孕周、胎儿估计体质量等方面差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2 方法

两组产妇临产进入产房后，助产人员给予健康指导与心理支持，讲解产程过程及分娩过程，以取得产妇配合分娩。观察组实行无保护会阴接生技术，方法如下：产妇取仰卧位，双腿分开脚踩在脚踏上，待胎头拔露约5 cm×4 cm致会阴后联合紧时，宫缩时助产士右手五指分开置于胎头位置，控制胎头娩出速度，让胎头缓慢地通过阴道口，每次宫缩时，胎头娩出≤1 cm 为宜[2]。无须用手托压会阴体，注意不要有协助胎头俯屈的动作，

收稿日期：2016-10-11
作者简介：黄柳红，主管护师，E-mail: liuhong.619@163.com

不干预胎头娩出的方向和角度;同时指导产妇将宫缩与用力时机错开,即宫缩时快速哈气,利用宫缩压力与哈气时所产生的腹压将胎头缓慢娩出,宫缩间歇期适当运用腹压。胎头娩出后,清理呼吸道,等待胎头自然复位与外旋转,等到下一次宫缩,将右手掌手指并拢放在胎儿颈部,轻柔的向下压娩出前肩,左手掌放在胎头下方扶托住胎头,前肩娩出后,双手配合轻轻将胎头上抬,缓慢娩出后肩,胎肩娩出后,双手协助胎体及下肢娩出,剪断脐带后交台下助产士处理,产妇臀下放测血盆,同时积极处理第三产程协助胎盘娩出,检查软产道,评估会阴裂伤情况予缝合。对照组按照第8版妇产科学[3]会阴保护方法,在胎头着冠后保护会阴,以消毒手巾放在会阴体处,右手拇指与其余四指分开,利用手掌大鱼际肌顶住会阴部,宫缩时向上内方托压,左手同时下压胎头枕部,协助胎头俯屈,间歇期放松,保护会阴到胎儿娩出。其它步骤同观察组。

1.3 观察指标

(1)产妇结局指标:会阴完整率、会阴裂伤程度、会阴水肿、产时产后2 h内总出血量;(2)新生儿结局指标:新生儿窒息率。会阴裂伤临床诊断标准参见《中华妇产科学第2版》[4]。新生儿窒息临床诊断标准参见《妇产科学第8版》[3]。每日安排助产人员到产后区查看会阴水肿情况并记录,会阴水肿分级标准:(1)轻度:会阴体、大小阴唇水肿2~3 d消退;(2)重度:会阴体、大小阴唇水肿3 d后消退[5]。

1.4 统计学处理

采用IBM SPSS Statistics 19统计软件进行分析,计数资料采用χ^2检验,等级计数资料采用秩和检验(Mann-Whitney),以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

观察组的会阴完整率高于对照组,两组比较有统计学意义(P<0.05);两组中发生会阴裂伤的产妇比较显示,会阴裂伤的例数虽有差异,但无统计学意义(P>0.05),两组均未发生Ⅲ度裂伤。观察组产妇会阴水肿发生率低于对照组,两组比较有统计学意义(P<0.05,表1)。两组产妇的产时与产后2 h内总出血量无统计学意义(Z=-0.423,P>0.05,表2)。两组新生儿阿普加评分情况比较无统计学意义(Z=-0.486,P>0.05,表3),均未发生重度窒息。

表1 两组产妇会阴伤口比较(n,%)

组别	n	会阴完整▲	会阴裂伤程度▲▲			会阴水肿▲▲▲		
			Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	无	轻度	重度
观察组	86	12(13.95)	51(59.30)	23(26.74)	0	71(82.56)	11(12.79)	4(4.65)
对照组	96	4(4.2)	59(61.46)	33(34.38)	0	65(67.7)	19(19.79)	12(12.5)

▲χ^2=5.419, P<0.05 *vs* 对照组; ▲▲Z=-0.647, P>0.05 *vs* 对照组; ▲▲▲ Z=-2.377, P<0.05 *vs* 对照组.

表2 两组产妇产时与产后2 h内总出血量比较(例)

组别	n	产时与产后2 h内总出血量*			产后出血
		<150 mL	150~400 mL	>400 mL	
观察组	86	38	48	0	0
对照组	96	46	49	1	1

*P>0.05 *vs* 对照组.

表3 两组新生儿窒息情况比较(例)

组别	n	新生儿1 min阿普加评分		
		0~3分	4~7分	8~10分
观察组	86	0	1	85
对照组	96	0	2	94

P>0.05 *vs* 对照组.

3 讨论

无保护会阴接生技术可减轻会阴损伤,不增加初产妇发生严重的会阴裂伤的可能性。一直来会阴切开被认为可预防会阴严重裂伤特别是会阴Ⅲ度裂伤的有效手段。但早在1996年,董金林等[6]做过"会阴Ⅲ度裂伤50例分析"中提示,在发生会阴Ⅲ度裂伤患者中,有会阴切开者占0.148%,而在未切开者仅占0.048%,前者为后者的3.1倍,显示会阴切开增加Ⅲ度裂伤的可能性,无指征而常规侧切并非有益[7]。李晓红等[8]认为会阴裂伤的原因与胎儿娩出时会阴的伸展程度超过生理最大限度或其过程太快,未能使会阴进行生理性伸展有关。

无保护会阴接生技术是近年来引进的国外产科无创接生技术,是促进自然分娩的产科服务模式。利用妊娠期会阴部与阴道肌肉在激素的作用下,结缔组织松软,伸展性增加的结构基础[3],通过控制胎头娩出的速度,顺应胎儿娩出的生理过程,使胎头娩出时对阴道产生的压力均匀分布,无外界阻力,让先露部缓慢充分地扩张以会阴体为中心的盆底组织[9],从而使会阴部扩张并富有弹性,有利于胎头通过,避免或减轻会阴裂伤。本研究表明,观察组产妇会阴完整率高于对照组,会阴裂伤程度虽没统计意义,但Ⅱ度会阴裂伤的比率低于对

照组，两组均未发生Ⅲ度会阴裂伤。提示在正常分娩中，会阴Ⅲ度裂伤并不是常见现象，在客观评估后采用无保护会阴接生技术，能减轻初产妇会阴损伤程度，不增加会阴Ⅲ度裂伤的风险。

无保护会阴接生技术可减轻产后会阴水肿的程度，促进产后的康复。产后会阴水肿常因外力作用或局部组织长期受压而引起，因水肿引起的疼痛、肿胀又将影响产妇休息、活动、母乳喂养，水肿本身也影响会阴切口的愈合[10]，所以减轻会阴水肿有利于产妇的康复。传统接生技术在保护会阴过程中，用力方向刚好与胎头娩出方向相反，且受力点集中在会阴部组织，使产后会阴水肿发生风险提高。而无保护会阴接生技术在整个接生过程中，通过控制胎头娩出的速度，顺应性地娩出胎儿，没有对会阴部组织产生外力的压迫，减少会阴水肿的发生，本研究提示，观察组会阴水肿的发生率，会阴水肿程度均明显降低，有利于促进产妇的康复与舒适。

无保护会阴接生技术不增加新生儿窒息与产后出血的风险，是安全的助产技术。无促护会阴接生技术指导产妇在宫缩时张口哈气而不是传统的屏气用力的方法，增加了母体肺部气体交换，动脉血氧含量，胎儿可用氧反而增加了；同时由于产妇没有闭气屏气用力，避免母体形成闭合的胸腔压力系统而引起静脉回流量下降、心输出量减少、血压、胎盘血流量下降而最终导致胎儿可用氧下降的问题[11]。在本研究中，两组新生儿1 min阿普加评分情况比较无统计学意义。提示在低危产妇正常分娩中，无保护会阴接生技术不增加新生儿窒息的发生率，这与McCandlish等[12]的的研究一致。

无保护会阴接生技术能缩短第二产程[13]，减少了体力的消耗，避免传统的屏气用力使产妇体力消耗过多，产程时间相应延长，阴道助产率增加，导致产后出血增多[14]的问题。本研究显示，无保护会阴接生技术不增加产后出血的风险，与文献[15]的研究结果一致。另外，在以往的研究中通常更强调控制娩出胎头的速度，本研究中发现，娩出胎肩时更容易发生会阴裂伤，本研究观查组51例Ⅰ度会阴裂伤中，有38例娩出胎头时会阴完整，但在娩胎肩时发生裂伤，这与过快娩出胎肩有关，控制胎肩娩出的速度将进一步减少会阴裂伤，提高会阴完整率。

无保护会接生技术在我国还是初步阶段，在以后工作中需要不断摸索完善，做好与产妇的沟通、调动产妇参与分娩的主动性、客观评估产妇及胎儿的情况等，保障母婴安全。让产妇的分娩过程回归自然，实行人性化分娩服务是国际围产医学发展的方向[16]。无保护会阴接生技术，既遵循分娩的生理过程，也是激发女性生产的本能的产时服务新模式，减少了人工医疗干预，具有可行性与安全性。

参考文献：

[1] 沈惠玲, 温利辉, 林蕴华, 等. 适宜应用无创接生技术对产妇会阴结局的临床分析[J]. 临床护理杂志, 2016, 15(3): 36-8.

[2] 张文秀. 改良式低位产钳术联合无保护会阴助产的临床观察[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(8): 625-7.

[3] 谢 幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 180-3.

[4] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1000-1.

[5] 郑修霞. 妇产科护理学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 74-8.

[6] 董金林, 倪美菊, 朱钟治. 会阴Ⅲ度撕裂50例分析[J]. 实用妇产科杂志, 1996, 12(3): 153-4.

[7] 钱 序. 围生期保健中的循证医学[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(5): 277-9.

[8] 李晓红, 李绍楠, 刘锦玉, 等. 阴道分娩产妇会阴裂伤相关因素分析[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(9): 1309-12.

[9] 吴清明, 姚明英, 芮雪峰. 无保护会阴接生技术临床应用效果评价[J]. 中国妇幼保健, 2016, 4(31): 1410-1.

[10] 王 雪. 野菊花、蒲公英外敷治疗会阴水肿的效果观察[J]. 护理研究, 2012, 26(8): 723-5.

[11] (美)斯姆金.产程进展手册[M]. 西安: 世界图书出版社, 2011: 161-8.

[12] Mccandlish R, Bowler U, van Asten H, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal Labour[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1998, 105(12): 1262-72.

[13] 张爱清, 严素红, 宋秀美. 低危初产妇自然分娩中无保护会阴接产法研究[J]. 护理学杂志, 2014, 29(14): 6-8.

[14] 黄丽华, 肖震萍. 初产妇第二产程最佳用力时机探讨[J]. 现代妇产科进展, 2012, 21(8): 662-3.

[15] 李晓燕, 徐括琴. 无保护会阴接生法的临床探讨[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(18): 3053-5.

[16] 王少芳, 黄银英, 章慧燕. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(3): 69-71.